

Veilig drinken op leeftijd

**Lesmodule voor huisartsen gericht op signalering,
behandeling en doorverwijzing van alcoholproblematiek
bij ouderen**

Anneke Risselada, Marloes Kleinjan en Dike van de Mheen*

Overmatig alcoholgebruik is een risicofactor voor gezondheid en welzijnsproblemen. Bij ouderen zijn er belangrijke aandachtspunten voor de herkenning en behandeling van alcoholproblematiek, die door huisartsen vaak niet herkend worden en niet gedekt zijn in de huidige trainingsprogramma's voor de huisartsenpraktijk. Om deze lacune op te vullen, heeft het IVO de module 'Veilig drinken op leeftijd' ontwikkeld en geïmplementeerd. De module beschrijft het herkennen en bespreken van riskant drinken bij ouderen in de huisartsenpraktijk. De module is geïmplementeerd in huisartsenpraktijken in drie proefregio's. Dit is gemonitord met een kleinschalig evaluatieonderzoek, bestaande uit een nulmeting en twee nametingen. De resultaten laten zien dat de kennis met betrekking tot veilig alcoholgebruik bij ouderen en het signaleergedrag van de deelnemende huisartsen direct na de training in positieve zin is veranderd. Bij de tweede nameting nemen de effecten echter af. Aanbevolen wordt om in deskundigheidsbevordering van huisartsen meer aandacht te besteden aan de grenzen voor veilig drinkgedrag bij ouderen en aan het vasthouden van de alertheid op de problematiek na afloop van de training.

Inleiding

Net als bij andere doelgroepen is het bij ouderen lastig om alcoholproblematiek te diagnosticeren. Slechts in zeldzame gevallen geven pa-

* Drs. A. Risselada is onderzoeker bij het IVO te Rotterdam. E-mail: risselada@ivo.nl.

Dr. M. Kleinjan was senior onderzoeker bij het IVO te Rotterdam en is momenteel universitair docent bij het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Prof. dr. D. van de Mheen is directeur van het IVO te Rotterdam en hoogleraar verslavingsonderzoek bij Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam.

tiënten bij de huisarts uit zichzelf aan problemen te hebben met alcohol. De signalen van riskant alcoholgebruik liggen vaak verscholen achter andere, veel voorkomende klachten waarmee de patiënt het spreekuur bezoekt.

Dokter De Wildt is al een aantal jaren huisarts in een middelgrote stad. Meneer Franken (57) - leraar scheikunde, gehuwd, twee kinderen - komt op het spreekuur. De arts ziet hem niet vaak. De laatste keer is vijf jaar geleden, in verband met een verzwakte enkel; hij sportte toen behoorlijk fanatiek. Hij had, ondanks het straffe roken, altijd een goede conditie. Hij vertelt nu dat hij al maanden slecht slaapt en dat hij slaapmedicatie wil. Het studiehuis en het nieuwe leren is ook op zijn school ingevoerd, wat het werk er niet leuker op heeft gemaakt, zo vertelt hij. Hij heeft het erg druk en wil weer eens goed slapen. Wat is het advies van de huisarts? Zij legt aan meneer Franken uit dat slaapmedicatie niet of slechts tijdelijk tegen de klachten zal helpen. Hetzelfde geldt voor het drinken van alcohol voor het slapen gaan, als 'slaapmutsje'. Dokter De Wildt informeert of meneer regelmatig alcohol drinkt voor het slapen gaan, en gebruikt deze informatie als ingang om het alcoholgebruik uit te vragen en bespreekbaar te maken. Ze vraagt meneer Franken of hij wil proberen het dagelijks bij maximaal twee standaardglazen alcohol te houden en twee dagen per week niet te drinken. Daarnaast geeft zij aan dat het onderliggende probleem moet worden aangepakt. Ze adviseert meneer Franken om met zijn baas gaan praten om een oplossing te vinden voor de stress die hij op zijn werk ervaart. In overleg met meneer Franken maakt ze een nieuwe afspraak om zijn slaapproblemen, de werkstress en het alcoholgebruik te monitoren.

Achtergrond

Ongeveer 10% van de Nederlanders drinkt meer dan goed is voor de gezondheid en/of raakt door alcoholgebruik in psychische of sociale problemen. Naast een groot aantal lichamelijke gezondheidsproblemen (zoals diabetes en hart- en vaatziekten; Poppelier, Van de Wiel & Van de Mheen, 2002) zijn alcoholafhankelijkheid, depressiviteit, relatieproblemen, huiselijk geweld, verkeersongevallen, vandalisme en arbeidsverzuim problemen die mede door overmatig alcoholgebruik kunnen worden veroorzaakt.

Ouderen vormen een kwetsbare groep voor gezondheidsproblemen als gevolg van alcoholgebruik. Door een afname van lichaamsvocht met de jaren, een toename van vet en een verminderde werking van lever en nieren, leidt dezelfde hoeveelheid alcohol bij ouderen tot hogere bloedspiegels, lagere tolerantie en snellere intoxicatie en orgaanschade. Voor ouderen wordt aanbevolen niet meer en bij voorkeur minder dan de geadviseerde hoeveelheid voor gezonde volwassenen te drinken: mannen maximaal twee standaardglazen alcohol per dag, vrouwen maximaal één standaardglas per dag (Alcoholinfo.nl, 2010). Tot voor kort kreeg alcoholproblematiek bij ouderen weinig aandacht. Uit recent onderzoek blijkt echter dat overmatige alcoholconsumptie ook bij ouderen een toenemend gezondheidsprobleem is (Weingart, 2009). Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dronk in 2008 ruim 8% van de ouderen gemiddeld drie of meer glazen alcohol per dag; in 2003 was dit nog minder dan 6%. Het percentage zware drinkers (minstens één keer per week zes of meer glazen) is tussen 2003 en 2008 toegenomen van 3% naar 5% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009).

De stijging in alcoholgebruik van ouderen is ook te zien in de verslavingszorg. Tussen 1998 en 2007 is de hulpvraag van ouderen boven de 55 jaar met alcoholproblematiek bij verslavingszorginstellingen met 89% gestegen (gecorrigeerd voor de vergrijzing). Drie kwart van deze stijging vond plaats in de laatste vijf jaar. Ter vergelijking: het aantal cliënten van 25-55 jaar met alcoholproblematiek nam in de afgelopen tien jaar met 37% toe (Weingart, 2009). Opvallend is het grote aantal vrouwen in de groep oudere hulpvragers. In 2007 was één op de drie hulpvragers (31%) boven de 55 jaar vrouw, een verdubbeling ten opzichte van 1997. Bij mannen ouder dan 55 jaar bedroeg de stijging in tien jaar tijd ‘slechts’ 78% (cijfers gecorrigeerd voor de invloed van de vergrijzing; Weingart, 2009). In de internationale literatuur wordt ook melding gemaakt van het toenemend aantal oudere vrouwen met alcoholproblematiek (Blow, 2000; Boyle & Davis, 2006) en de gevolgen hiervan voor signalering en behandeling (Epstein, Fischer-Elber & Al-Otaiba, 2007).

Hoewel bovenstaande cijfers laten zien dat alcoholgebruik bij ouderen steeds vaker voorkomt, wordt het niet of nauwelijks gesignaliseerd door de eerstelijnszorg. In de tweedelijnszorg is hier momenteel een initiatief toe genomen. Het Nederlands Kenniscentrum Ouderenzorgpsychiatrie is, in samenwerking met het Trimbos-instituut en Stichting Consument en Veiligheid, recentelijk begonnen met de ontwikkeling van een signalerings- en verwijzingsprotocol voor alcoholgebruik op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen (Van Etten & Weingart, 2009).

De gebrekkige signalering in de eerstelijnszorg kan enerzijds verklard worden doordat symptomen van riskant en schadelijk alcoholgebruik niet eenduidig zijn en gemaskeerd kunnen worden door andere gezondheidsproblemen (Beullens & Aertgeerts, 2004; O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2003). Daarnaast kunnen de signalen verward worden met de normale gevolgen van het ouder worden (Letizia & Reinbolz, 2005). Ook brengen ouderen het onderwerp zelf maar zelden ter sprake, voornamelijk omdat ze simpelweg geen verband leggen tussen hun klachten en het drinkgedrag. Daarbij komt dat een deel van de ouderen (de 'reactieve drinkers') pas op latere leeftijd alcoholproblemen ontwikkelen. Het gebrek aan eerdere indicaties van alcoholproblematiek binnen deze groep maakt het voor de arts lastiger om riskant gebruik te signaleren (Barrick & Connors, 2002).

Anderzijds brengen huisartsen alcoholgebruik niet graag ter sprake bij (oudere) patiënten. Vanwege terughoudendheid om in te breken in de autonomie van de patiënt, wordt het onderwerp tijdens consulten niet besproken, om de relatie met de patiënt niet te schaden (Aalto & Seppä, 2004). Daarnaast wordt er vaak toegeeflijk over het alcoholgebruik van ouderen gedacht ('Moeten we een oudere zijn borreltje nog afnemen?'). De verantwoordelijkheid van de hulpverlener wordt in deze gevallen verward met een betuttelende of verbiedende houding ten aanzien van alcohol.

In verschillende internationale studies zijn belemmerende en bevorderende factoren geïnventariseerd die betrekking hebben op de motivatie van huisartsen om actief bij te dragen aan vroege herkennings-, behandeling en doorverwijzing van patiënten met riskant of schadelijk alcoholgebruik. Beïnvloedende factoren zijn onder andere de ervaren eigen effectiviteit in signalering en behandeling, de beschikbaarheid van hanteerbare signalerings- en behandelmethode, het vertrouwen in de effecten van behandeling of doorverwijzing door de huisarts, de gevoeligheid van het onderwerp, de beschikbare tijd binnen het consult en de hoogte van de vergoeding voor de huisarts (Aira, Kauhanen, Larivaara & Rautio, 2003; Beich, Gannik & Malterud, 2002; Holmqvist e.a., 2008; Johansson, Akerlind & Bendtsen, 2005; Kaner e.a., 2001; Koopman, Parry, Myers & Reagan, 2008).

Daarnaast lijkt er onder huisartsen een stereotiep beeld van de zware alcoholgebruiker te bestaan: deze vraagt veel tijdsinvestering wat betreft de behandeling, waarbij de effecten slechts matig zijn en terugval een veel voorkomend probleem is. Wanneer het echter gaat om de vroege herkennings- en onverantwoord alcoholgebruik, waarbij (nog) geen sprake is van alcoholafhankelijkheid, kan een kortdurende interventie door de huisarts leiden tot een afname in alcoholgebruik bij

patiënten met beginnende alcoholproblematiek (Kaner e.a., 2007). Dit geldt ook voor oudere patiënten (Fink, Elliott, Tsai & Beck, 2005; Fleming, Manwell & Barry, 1999; Gordon e.a., 2003; Mundt e.a., 2005). Door huisartsen te leren naar dergelijke drinkpatronen te kijken vanuit het perspectief van een riskante leefstijl, zoals bij roken en ongezonde voeding ook steeds meer en succesvoller wordt gedaan, kan de terughoudendheid ten aanzien van vroege ontdekking en behandeling van patiënten met riskant alcoholgebruik wellicht verminderd worden. Uit onderzoek blijkt bovendien dat patiënten het over het algemeen niet erg vinden wanneer de huisarts naar het alcoholgebruik vraagt of hier met een laboratoriumtest meer informatie over wil inwinnen. Ook staan veel patiënten open voor advies van hun huisarts over hun alcoholgebruik (Aalto & Seppä, 2004; Johansson, Bendtsen & Akerlind, 2005; Miller, Thomas & Mallin, 2006). Voor de huisarts is derhalve een belangrijke rol weggelegd in het signaleren en verwijzen van ouderen met alcoholproblematiek.

Echter, de zorg rondom riskant alcoholgebruik die momenteel door huisartsen wordt geboden, is ontoereikend en behoeft verbetering. De belangrijkste knelpunten zijn een gebrek aan kennis, vaardigheden en motivatie rondom de herkenning van alcoholproblematiek en een gebrek aan mogelijkheden voor adequate begeleiding en/of doorverwijzing. Het eerste knelpunt kan aangepakt worden door huisartsen scholing aan te bieden die gericht is op de preventie van en omgang met problematisch alcoholgebruik onder patiënten. De huidige trainingsprogramma's voor huisartsen zijn echter beperkt tot volwassenen onder de 65 jaar.

Gezien de specifieke levensfase, leefsituatie en gezondheidsproblematiek van ouderen, de omvang van directe en indirecte alcoholproblematiek, en de bewezen effectiviteit van actieve herkenning en kortdurende interventies voor preventie en oplossing van alcoholproblematiek in de eerstelijnszorg (Kaner e.a., 2007), is specifieke aandacht voor ouderen noodzakelijk en potentieel effectief. Binnen het IVO vonden wij het om deze redenen van belang om, parallel aan en ter aanvulling op de bestaande trainingsprogramma's voor de huisartsenpraktijk, aangepaste scholing gericht op de oudere patiënt te ontwikkelen.

Doelstelling

Met subsidie van ZonMw is de trainingsmodule ‘Veilig drinken op leeftijd’ door het IVO ontwikkeld. De module heeft tot doel de herkenning en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in Nederlandse huisartsenpraktijken te verbeteren. Dit wordt beoogd middels

het bevorderen van kennis, vaardigheden en motivatie van huisartsen en andere praktijkmedewerkers¹ in de eerste lijn, in de opsporing en behandeling dan wel effectieve doorverwijzing van ouderen met risikant alcoholgebruik.

Projectbeschrijving

De module beschrijft het herkennen en bespreken van riskant drinken en alcoholafhankelijkheid onder ouderen in de eerstelijnszorg. Uitgangspunt van de module is een klachtgerichte werkwijze, waarbij de huisarts op basis van somatische of psychische klachten van de patiënt het alcoholgebruik bespreekt. Dit geeft de huisarts een gegrondde reden om naar het alcoholgebruik te informeren en het voorkomt dat de patiënt zich aangevallen of terechtgewezen voelt.

De module is opgesplitst in vier onderdelen, die achtereenvolgens ingaan op:

- alcoholgebruik bij ouderen en de relatie met gezondheid;
- het bespreken van het alcoholgebruik met de oudere patiënt;
- het toepassen van verschillende kortdurende interventies;
- alcoholmisbruik en -afhankelijkheid.

In de module voor ouderen is extra aandacht besteed aan specifieke aangrijppingspunten, motivatieprikkel en ondersteuningswijzen die relevant zijn voor deze doelgroep.

Implementatie

Implementatie van de module vond bij wijze van proef plaats in drie regio's, waarbij is samengewerkt met verschillende instellingen: Rotterdam en omgeving (GGD Rotterdam-Rijnmond, Bouman GGZ, ROS ZorgImpuls), Noord-Brabant (Novadic-Kentron, Roder Consult) en Limburg (Mondriaan Zorggroep, GGZ Noord- en Midden-Limburg).

In Rotterdam namen twaalf huisartsen deel aan het project. In de regio Noord-Brabant bestonden de deelnemers uit drie huisartsen en één verslavingsconsulent. In Limburg werkten negen huisartsen, elf huisartsen in opleiding en één praktijkondersteuner aan het project mee. De module is in de regio's Rotterdam en Limburg tijdens vijf reeds geplande scholingen van elk twee tot drie uur aan bod gekomen,

¹ De module is ontwikkeld voor alle gezondheidswerkers in de huisartsen-praktijk, maar specifiek gericht op de werkzaamheden en het kennisniveau van de huisarts. Om praktische redenen wordt in het vervolg van dit artikel gesproken van 'huisarts' waar we alle gezondheidswerkers in de huisartsenpraktijk bedoelen.

waarbij het een onderdeel vormde van het totale trainingsprogramma van de samenwerkende instellingen over herkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik. In iedere scholing kwam een aantal vaste kernelementen uit de module aan bod (zie kader). Het onderdeel ‘Alcohol en ouderen’ in de trainingen werd ondersteund met PowerPoint-sheets en casuïstiekbesprekking. Om mogelijke overlap tussen de module en bestaande trainingen van de instellingen te voorkomen, werd tevens een verkorte versie van de module opgesteld (een factsheet). Dit factsheet is toegevoegd aan de reader van de scholingen.

De implementatie is in Noord-Brabant op een andere manier vormgegeven, omdat er voor de betreffende huisartsenpraktijk geen deskundigheidsbevordering gepland was om bij aan te sluiten. In deze regio heeft de vaste verslavingsconsulent van de praktijk in een extra overleg het factsheet met de aanwezige huisartsen besproken. Alle kernelementen van de module zijn op een gestructureerde manier aan bod gekomen, waarbij er gelegenheid was tot het stellen van vragen en discussie. De onderzoeker was bij het overleg aanwezig.

Kernelementen van de module

In de module ‘Veilig drinken op leeftijd’ komen de volgende kernelementen aan bod tijdens de scholing van huisartsen.

- Excessief alcoholgebruik bij ouderen (early-onset versus late-onset).
- Verhoogde kwetsbaarheid van ouderen voor de effecten van alcohol.
- Positieve effecten van alcoholgebruik.
- Drinkadviezen voor ouderen.
- Signalen van riskant drinkgedrag (klachtgericht).
- Aandachtspunten in de benaderingswijze van oudere patiënten.

Evaluatie

De implementatie is gevuld door een kleinschalig evaluatieonderzoek. Bij de start van de evaluatie is een schriftelijke nulmeting uitgevoerd onder alle deelnemende huisartsen met betrekking tot het bespreken van het drinkgedrag en het bieden van ondersteuning bij de beperking van het alcoholgebruik bij ouderen. Na de deskundigheidsbevordering is tweemaal een telefonisch vervolginterview afgenoemt: twee weken en vier weken na het volgen van de training.

Bij de eerste twee meetmomenten is informatie ingewonnen over de volgende uitkomstmaten:

- visie van de huisarts op de eigen rol in het herkennen van riskant alcoholgebruik bij ouderen (nulmeting);
- waardering van het onderdeel ‘Alcohol en ouderen’ in de training (nulmeting en eerste nameting);
- kennis met betrekking tot de NHG-standaard ‘Problematisch alcoholgebruik’ (nulmeting en eerste nameting);
- grenzen voor veilig drinkgedrag van ouderen (nulmeting en eerste nameting);
- prevalentie van riskant drinkende ouderen in de huisartsenpraktijk (nulmeting en eerste nameting);
- klachtgerichte benadering rondom het signaleren van riskant alcoholgebruik bij ouderen, inclusief de drinkadviezen die hierbij worden uitgebracht (nulmeting en eerste nameting).

In de tweede nameting is vooral de nadruk gelegd op verbeteringen in signalering, behandeling en doorverwijzing. Hoewel de richtlijnen voor alcoholgebruik bij ouderen uitgaan van dagmaxima, zijn de drinkadviezen in dit project uitgevraagd in weekmaxima om de grens tussen aanvaardbaar en riskant alcoholgebruik te kunnen bepalen.

Aan de nulmeting hebben 37 deelnemers deelgenomen, bestaande uit huisartsen, huisartsen in opleiding, praktijkondersteuners en verslavingsconsulenten. Bij het eerste follow-up-moment zijn 32 deelnemers geïnterviewd. De tweede nameting kende een respons van 26 deelnemers. Bij alle huisartsen in de proefregio’s was gebrek aan tijd de belangrijkste reden om af te zien van deelname aan de nulmeting of aan de follow-up-momenten.

Resultaten

VISIE

De huisartsen uit de verschillende regio’s zien preventie van riskant drinkgedrag bij ouderen als een onderdeel van het takenpakket van de eerstelijnszorg. De deskundigheidsbevordering heeft volgens de deelnemers gezorgd voor meer bewustwording en alertheid met betrekking tot dit onderwerp.

WAARDERING VAN DE MODULE

Het onderdeel ‘Alcohol en ouderen’, waarbij de kernelementen uit de module (zie kader) aan bod zijn gekomen, wordt door de deelnemers goed gewaardeerd. De informatie uit de module is volgens de deelne-

mers informatief en een eye-opener. Er wordt gebruik gemaakt van praktische voorbeelden, casuïstiekbespreking, rollenspelen en/of interactie, en deze methoden worden door de deelnemers positief beoordeeld.

Verbeterpunten zijn ook benoemd. Volgens verschillende deelnemers kwam het onderdeel over alcoholgebruik bij ouderen, bij de scholingen waarbij in het kader van dit project werd aangehaakt, te beknopt ter sprake. Hier had naar de mening van de huisartsen meer tijd aan besteed mogen worden, eventueel door andere onderwerpen van de scholing in te korten of een vervolgcursoos specifiek gericht op alcoholgebruik bij ouderen te organiseren.

KENNIS

De deelnemers is bij de start van het project gevraagd of zij actief gebruik maken van de NHG-standaard ‘Problematisch alcoholgebruik’. Slechts 12 van de 37 respondenten (32%) antwoordt hier bevestigend op. De overige deelnemers gebruiken de standaard niet in de dagelijkse praktijk omdat het bestaan of de inhoud ervan hen (onvoldoende) bekend is of omdat ze meer op gevoel en ervaring werken.

De grenzen die de deelnemers voorafgaand aan de training rapporteren voor veilig drinkgedrag bij ouderen lopen erg uiteen. Bij de nulmeting werden door de huisartsen voor mannen richtlijnen gegeven van 3 tot maximaal 28 standaardglazen per week en voor vrouwen van 2 tot maximaal 18 standaardglazen per week. Gemiddeld rapporteerden de deelnemers drinkadviezen van maximaal 14,7 standaardglazen per week voor mannen en 10,5 standaardglazen per week voor vrouwen. Deze grenzen zijn hoger dan internationaal geldende drinkadviezen voor volwassenen, namelijk maximaal 14 eenheden per week voor mannen en 7 eenheden per week voor vrouwen (zie onder andere US Department of Health and Human Services & US Department of Agriculture, 2005). In de deskundigheidsbevordering is deze richtlijn gecommuniceerd. In Nederland hanteert de Gezondheidsraad dagmaxima in plaats van weekmaxima voor aanvaardbaar alcoholgebruik, namelijk twee standaardglazen per dag voor gezonde volwassen mannen en één standaardglas per dag voor gezonde volwassen vrouwen (Gezondheidsraad, 2006). Ouderen wordt aangeraden niet meer en bij voorkeur minder alcohol dan de adviezen voor volwassenen te consumeren. Uit voorgaande cijfers blijkt dat de huisartsen bij de start van het project niet goed op de hoogte waren van de grenswaarde voor veilig alcoholgebruik bij ouderen.

De drinkadviezen die deelnemers geven aan oudere patiënten zijn bij de nulmeting en de eerste nameting uitgevraagd. Het gemiddelde

drinkadvies voor oudere mannen bleek zodanig afgangen dat het past binnen de richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik, naar maximaal 12,7 standaardglazen per week voor oudere mannen (zie tabel 1). Echter, voor oudere vrouwen ligt het gemiddelde drinkadvies twee weken na de deskundigheidsbevordering nog te hoog in vergelijking met de richtlijn, namelijk op maximaal 9,1 standaardglazen per week. In een eventueel vervolgtraject met betrekking tot de implementatie van de module dient extra aandacht besteed te worden aan de risico's van overmatig alcoholgebruik voor ouderen en de bijbehorende richtlijn voor veilig drinkgedrag.

Vergeleken met de nulmeting schatten de deelnemers na de training de prevalentie van riskant drinkende ouderen in hun praktijken hoger in (gemiddeld 14,8 versus 17,1 riskant drinkende oudere patiënten; zie tabel 1). Bovendien verwachten veel huisartsen dat de aantallen in werkelijkheid nog hoger zullen liggen. De bewustwording van de problematiek lijkt dus te zijn toegenomen.

Tabel 1. Resultaten per meetmoment.

	Nulmeting (n = 37)	Eerste follow-up (n = 32)	Tweede follow-up (n = 26)
Drinkadvies voor mannen (maximum aantal standaardglazen per week; gemiddelde)	14,7	12,7	-
Drinkadvies voor vrouwen (maximum aantal standaardglazen per week; gemiddelde)	10,5	9,1	-
Geschat aantal oudere patiënten met riskant drinkgedrag (gemiddelde)	14,8	17,1	-
Percentage huisartsen dat alcoholgebruik ter sprake heeft gebracht	54%	78%	62%
Percentage huisartsen dat patiënten heeft doorverwezen waarmee alcoholgebruik is besproken	-	-	75%
Aantal oudere patiënten met wie het alcoholgebruik is besproken* (gemiddelde)	0,9	2,8	1,1
Percentage huisartsen dat klachtgerichte drinkadviezen geeft in overeenstemming met de richtlijnen	43%	78%	-

* In de twee weken voorafgaand aan het meetmoment.

SIGNALERING EN BEHANDELING

Kort na de deskundigheidsbevordering is het percentage huisartsen dat rapporteert dat zij het alcoholgebruik bij oudere patiënten aan de orde hebben gesteld, gestegen van 54% naar 78% (zie tabel 1). Ook het aantal oudere patiënten waarbij zij over het alcoholgebruik hebben gesproken, is toegenomen (van 0,9 naar gemiddeld 2,8 patiënten). Bij de tweede nameting zijn beide cijfers licht afgangen (62% van de huisartsen respectievelijk 1,1 patiënt), maar liggen dan nog altijd hoger dan voorafgaand aan de training. Dit impliceert dat het merendeel van de huisartsen het signalerings- en bespreekgedrag heeft veranderd na de training. Bij de tweede nameting zegt drie kwart van de huisartsen die alcoholgebruik bij oudere patiënten ter sprake hebben gebracht, het contact met de oudere patiënt te hebben opgevolgd met een tweede gesprek, of een doorverwijzing naar een website of de verslavingszorg.

KLACHTGERICHTE BENADERING EN DRINKADVIEZEN

De evaluatie laat zien dat de specifieke risico-indicatoren die voor ouderen van belang zijn, namelijk een chronische ziektegeschiedenis en langdurig of meervoudig medicijngebruik, bij de huisartsen bekend zijn en worden toegepast om riskant alcoholgebruik bij de oudere populatie te signaleren.

Voorafgaand aan de training blijkt uit de inventarisatie van de drinkadviezen die huisartsen geven, dat voor zowel lichamelijke, psychosociale als medicamenteuze signalen slechts een minderheid (43%) van de huisartsen een drinkadvies rapporteert dat overeenkomt met de richtlijnen zoals beschreven in de module (maximaal 1 glas per dag, bij voorkeur geen alcohol in combinatie met medicatie). Na de training is het aantal huisartsen dat drinkadviezen rapporteert die in overeenstemming zijn met de richtlijnen toegenomen naar 78%.

Voornamelijk wanneer er sprake is van medicijngebruik zijn er meer huisartsen die de richtlijn zeggen te volgen met het geven van drinkadvies. Daarnaast is medicijngebruik de meest genoemde aanleiding om abstinentie te adviseren. Een aantal huisartsen vindt medicijngebruik echter geen aanleiding om de patiënt proactief naar het alcoholgebruik te vragen.

Veel huisartsen tekenen aan dat zij het drinkadvies aanpassen aan de persoonlijke situatie van de patiënt. Dit kan gezien worden als advies op maat, zoals ook in de module wordt aanbevolen, waarbij het advies afhankelijk van de gezondheidsklachten van de patiënt en zijn ervaringen met alcohol wordt vormgegeven.

Discussie

In dit project is de module ‘Veilig drinken op leeftijd’ gericht op herkenning, behandeling en doorverwijzing van alcoholproblematiek bij oudere patiënten in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd en geëvalueerd. Het uitgangspunt van de module is een klachtgerichte benadering van alcoholgebruik bij ouderen. Hierbij bespreekt de huisarts het drinkgedrag wanneer dit op basis van de klachten van de patiënt relevant lijkt.

De resultaten van de evaluatie laten zien dat de bewustwording en alertheid van huisartsen wat betreft alcoholproblematiek bij ouderen is toegenomen. Na de training schatten de deelnemers het percentage oudere riskante drinkers in hun praktijk hoger in. Ook het aantal huisartsen dat alcoholgebruik bij oudere patiënten aan de orde heeft gesteld en het aantal patiënten waarbij dit is gedaan, is gestegen na de training. Op het tweede follow-up-moment neemt dit aantal licht af, maar blijft hoger dan de beginwaarde bij de nulmeting. Na de training rapporteren huisartsen strengere drinkadviezen voor ouderen. Echter, voor oudere vrouwen liggen de adviezen nog altijd hoger dan de richtlijn voor veilig alcoholgebruik die in de module is gecommuniceerd.

BEPERKINGEN

De studie is gebaseerd op zelfrapportage van kennis, vaardigheden en gedrag van de deelnemende huisartsen. Het valt niet uit te sluiten dat de deelnemers sociaal-wenselijke antwoorden hebben gegeven, maar gezien de motivatie van de deelnemers om als ‘pioniers’ met dit onderwerp aan de slag te gaan en de respons van 80% binnen het evaluatieonderzoek verwachten we dit niet. Hier moet bij opgemerkt worden dat er ondanks de hoge respons sprake was van uitval van deelnemers bij de twee follow-up-momenten. Deze uitval heeft mogelijk geleid tot een overschatting van de positieve effecten van de module, doordat huisartsen die het onderwerp belangrijk vinden wellicht meer geneigd zijn om de richtlijnen op te volgen en deel te nemen aan de follow-up. Voorts is de follow-up-periode binnen dit project kort, namelijk twee en vier weken na de deskundigheidsbevordering. Ook is de module in de drie proefregio’s niet op exact dezelfde wijze geïmplementeerd. Deze keuzes zijn binnen de mogelijkheden van de opzet van de studie gemaakt. Voor een succesvolle implementatie binnen de relatief korte looptijd van het project, is aangehaakt bij reeds bestaande en geplande vormen van deskundigheidsbevorderingen voor huisartsen. Dit had tot gevolg dat er binnen de regio’s gebruik is gemaakt van verschillen-

de trainers en dat de duur van de trainingsbijeenkomsten tussen de regio's varieert. Ondanks de diversiteit in implementatie zijn er geen opvallende verschillen in resultaten tussen de regio's geconstateerd. Door het kleine aantal deelnemers ($n = 37$) zijn verschillen tussen voor- en nametingen niet op significantie getoetst.

Vanwege bovengenoemde beperkingen kan niet zonder meer geconcludeerd worden dat de trainingsmodule een geschikte methode is om de huisartsenzorg op dit onderwerp te verbeteren. Echter, gezien het belang van dit project in relatie tot de toegenomen problematiek bij senioren, die inmiddels als doelgroep zijn toegevoegd aan de doelgroepen van het Partnership Vroegsignalering Alcohol, levert een implementatietraject zoals geëvalueerd in deze studie bruikbare kennis op over de verwachtingen, (on)mogelijkheden en opbrengsten van de aanpak van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk.

VERGELIJKING MET ANDERE STUDIES

Bekend is dat kortdurende interventies in de eerstelijnszorg effectief zijn in het terugdringen van alcoholgebruik onder volwassenen die overmatig drinken. Vooral bij beginnende alcoholproblematiek lijken korte interventies uiterst effectief te zijn (Kaner e.a., 2007). Ook ouderen lijken goed te reageren op kortdurende interventies. In verschillende studies is gebleken dat ouderen hun riskante of schadelijke alcoholconsumptie significant kunnen verlagen als zij persoonlijke informatie en voorlichting over hun drinkgedrag en gezondheid krijgen van de huisarts (Blow & Barry, 2000; Fink, Elliott, Tsai & Beck, 2005; Fleming, Manwell & Barry, 1999; Gordon e.a., 2003; Mundt e.a., 2005). Het belang van kennis en vaardigheden rondom alcoholproblematiek bij patiënten voor het toepassen van signalering en behandeling door huisartsen wordt ook in de internationale literatuur gerapporteerd. In een recente studie onder Noorse huisartsen kwamen kennis en vaardigheden (eigen effectiviteit) als belangrijkste voorspellers naar voren van het gebruik maken van screeners en kortdurende interventies bij alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk (Nygaard, Paschall, Aasland & Lund, 2010). Kanttekening bij dit onderzoek is dat de huisartsen niet specifiek zijn ondervraagd met betrekking tot alcoholmisbruik bij ouderen.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Tijdens en na afloop van het project rondom de ontwikkeling en evaluatie van de module 'Veilig drinken op leeftijd' is een aantal producten van het project verspreid en geïmplementeerd. Het factsheet is samen met de ondersteunende PowerPoint-sheets opgenomen in de

landelijke deskundigheidsbevordering voor eerstelijnshulpverleners van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ook in regionale cursussen over problematisch alcoholgebruik zijn het factsheet en de PowerPoint-sheets ingevoegd, zoals bij Context GGZ Preventie (onderdeel van Parnassia Bavo Groep) en Mondriaan. Module en factsheet zijn vrij beschikbaar voor andere instellingen en organisaties die huisartsen willen trainen in het herkennen van en omgaan met alcoholproblematiek bij ouderen (zie www.ivo.nl).

Conclusie

Deze studie was gericht op de implementatie en evaluatie van een les-module met als doel motivatie, kennis, vaardigheden en gedrag van huisartsen rondom signalering en behandeling/doorverwijzing van alcoholgebruik bij ouderen te verbeteren. Geconcludeerd kan worden dat de deelnemende huisartsen zich meer bewust zijn geworden van de problematiek en dat het signaleergedrag in positieve zin is veranderd, maar dat deze verbetering bij de tweede nameting iets afneemt. Aanbevolen wordt om in een herziene versie van de trainingsmodule meer aandacht te besteden aan de risico's van overmatig alcoholgebruik en de grenzen voor veilig drinkgedrag bij ouderen, alsmede aan het vasthouden van de alertheid op de problematiek na afloop van de training.

AAN BEVELINGEN

Op basis van de resultaten van het onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan voor het verder ontwikkelen en implementeren van de lesmodule 'Veilig drinken op leeftijd' voor huisartsen.

- 1 De motivatie van huisartsen in het ter sprake brengen van het alcoholgebruik en het ingrijpen in de leefstijl van ouderen, is een noodzakelijke voorwaarde om de implementatie te laten slagen. Dit kan gestimuleerd worden door het belang en de effectiviteit van het bespreken van het drinkgedrag van de patiënt en het bieden van ondersteuning bij de beperking van het alcoholgebruik in de training te benadrukken.
- 2 Aanbevolen wordt om tijdens de training gebruik te maken van praktische voorbeelden, casuïstiekbespreking en/of rollenspellen en interactie. Deze onderdelen worden door de deelnemers hoog gewaardeerd.
- 3 Het onderdeel 'Alcohol en ouderen' moet uitgebreider aan bod komen binnen de scholingen over problematisch alcoholgebruik waarbij in het kader van dit project bij aangehaakt, of dient in een aparte vervolgtraining te worden aangeboden.

- 4 De NHG-standaard ‘Problematisch alcoholgebruik’ is onvoldoende bekend en wordt te weinig toegepast in de huisartsenpraktijk. Om huisartsen te stimuleren het alcoholgebruik bij oudere patiënten vaker ter sprake te brengen en hen te ondersteunen in de begeleiding van het minderen van het drinkgedrag, moet het gebruik van deze standaard meer aangemoedigd worden door beroepsverenigingen.
- 5 De veilige grenzen voor alcoholgebruik bij ouderen en de aanleidingen waarbij de eerstelijns huisarts naar het alcoholgebruik zou moeten informeren, zijn vooral voor oudere vrouwen nog onvoldoende bekend. Hierop moet in een herziening van de module de nadruk gelegd worden.
- 6 De module heeft geleid tot een verbetering in het signaleergedrag van huisartsen direct na de training. Echter, bij de tweede nameting is deze verbetering afgangen. Dit geeft aan dat de alertheid op het signaleren van alcoholgebruik bij ouderen ook langere tijd na de training vastgehouden moet worden, bijvoorbeeld door het onderwerp onder de aandacht te brengen in vaktijdschriften voor professionals in de eerstelijnszorg, via websites van huisartsenverenigingen en verslavingszorginstellingen of door het organiseren van verdiepingsbijeenkomsten waarin de nadruk ligt op het toepassen van de signalerings- en interventievaardigheden uit de module.
- 7 Het overgrote deel van de deelnemers geeft aan de besprekking van het alcoholgebruik met een oudere patiënt te hebben opgevolgd met een afspraak voor een volgend consult, het advies een bepaalde website te bezoeken, of een doorverwijzing naar de verslavingszorg. Het monitoren van het alcoholgebruik bij de groep die riskant drinkt is van groot belang om vroege behandeling of doorverwijzing tijdig en effectief te kunnen inzetten. Naast de extra aandacht voor het stimuleren van de signalering van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk, is het ook noodzakelijk om huisartsen een duidelijk en up-to-date overzicht te geven van de lokale, regionale en landelijke mogelijkheden voor behandeling en doorverwijzing. Deze informatie kan in de vorm van een (digitale) sociale kaart worden opgenomen. Deze sociale kaart geeft huisartsen handvatten om patiënten zoveel mogelijk te begeleiden in het zoeken van hulp en zich te richten op het verlagen van de drempel om in contact te komen met de juiste instanties.
- 8 Het verdient aanbeveling een landelijke prevalentiestudie te starten naar overmatig alcoholgebruik bij ouderen, aangezien hier in Nederland geen recente cijfers over bekend zijn.

Literatuur

- Aalto, M., & Seppä, K. (2004). Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: The exit poll survey. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 532-535.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., & Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: Qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 20, 270-275.
- Alcoholinfo.nl (2010). Internet: www.alcoholinfo.nl (12-01-2010).
- Barrick, C., & Connors, G.J. (2002). Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs and Aging*, 19, 583-594.
- Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal*, 325, 870.
- Beullens, J., & Aertgeerts, B. (2004). Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: A review. *Aging and Mental Health*, 8, 76-82.
- Blow, F.C. (2000). Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1257-1266.
- Blow, F.C., & Barry, K.L. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: New developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13, 115-123.
- Boyle, A.R., & Davis, H. (2006). Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical implications. *Journal of Addictions Nursing*, 17, 95-103.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). Permanent Onderzoek Leefsituatie, module Gezondheid en Welzijn. Internet: <http://statline.cbs.nl> (28-10-2009).
- Epstein, E.E., Fischer-Elber, K., & Al-Otaiba, Z. (2007). Women, aging, and alcohol use disorders. *Journal of Women and Aging*, 19, 31-48.
- Etten, D.M. van, & Weingart, S. (2009). Het screenen van 55-plussers op riskant alcoholgebruik. Presentatie Nationaal Alcoholcongres 2009, Nederlands Kenniscentrum Ouderenzorg en Trimbos-instituut.
- Fink, A., Elliott, M.N., Tsai, M., & Beck, J.C. (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1937-1943.
- Fleming, M.F., Manwell, L.B., & Barry, K.L. (1999). Brief physician advice reduced drinking in older adults. *Journal of Family Practice*, 48, 378-384.
- Gezondheidsraad (2006). Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatie nr 2006/21.
- Gordon, A.J., Conigliaro, J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., & Kelley, M.E. (2003). Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Substance Use and Misuse*, 38, 1017-1035.
- Holmqvist, M., Bendtsen, P., Spak, F., Rommelsjö, A., Geirsson, M., & Nilsen, P. (2008). Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addictive Behaviors*, 33, 301-314.
- Jansen, H.A.M., & Snoek, A. (2007). Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg. Amersfoort: GGZ Nederland.

- Johansson, K., Akerlind, I., & Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol intervention? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors*, 30, 1049-1053.
- Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: How patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*, 15, 615-620.
- Kaner, E.F., Dickinson, H.O., Beyer, F.R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, e.a. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, CD004148 (DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3).
- Kaner, E.F.S., Heather, N., Brodie, J., Lock, C.A., & McAvoy, B.R. (2001). Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *British Journal of General Practice*, 51, 822-827.
- Koopman, F.A., Parry, C.D., Myers, B., & Reagon, G. (2008). Addressing alcohol problems in primary care settings: a study of the general medical practitioners in Cape Town, South Africa. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 298-302.
- Letizia, M., & Reinbolz, M. (2005). Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing*, 26, 176-183.
- Miller, P.M., Thomas, S.E., & Mallin, R. (2006). Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 306-310.
- Mundt, M.P., French, M.T., Roebuck, M.C., Manwell, L.B., & Barry, K.L. (2005). Brief physician advice for problem drinking among older adults: An economic analysis of costs and benefits. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 389-394.
- Nygaard, P., Paschall, M., Aasland, O.G., & Lund, K.E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 207-212.
- O'Connell, H., Chin, A.V., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.
- Poppelier, A., Wiel, A. van de, & Mheen, D. van de (2002). *Overdaad schaadt. Een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.
- US Department of Health and Human Services & US Department of Agriculture (2005). *Dietary guidelines for Americans* (6th ed.). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Weingart, S. (2009). *Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007)*. Utrecht: Trimbos-instituut.